



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Especialidad

**HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”**

**OPERACIÓN CESÁREA: INDICACIONES, PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO Y PROPUESTA DE APLICACIÓN DE LA
CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO DEL 2012 AL 2016**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. LEÓN LÓPEZ ANA CARIDAD

Asesores:

DR. RAFAEL GERARDO BUITRON GARCIA

Asesor Metodológico:

DR. RICARDO J. GARCIA CAVAZOS

Ciudad de México, [Fecha: 25, JULIO, 2018]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO	
AGRADECIMIENTOS	IV
ABREVIATURAS	V
RESUMEN	VI
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	1
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
HIPÓTESIS	9
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>10</u>
TIPO DE ESTUDIO	10
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	10
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	10
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	10
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	11
<u>RESULTADOS</u>	<u>12</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>15</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>16</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>17</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</u>
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
II.... OTROS ANEXOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Poner título a todas las tablas. ¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Poner título a todas las figuras. ¡Error! Marcador no definido.

AGRADECIMIENTOS

[Agradecimientos a personas que contribuyeron al trabajo de tesis, incluyendo asesores y otros expertos o colaboradores que orientaron al estudiante de manera significativa, personas que entrevistaron a los pacientes o aplicaron pruebas, que contribuyeron a la toma y/o análisis de datos o muestras, que realizaron algunas técnicas importante para la investigación, que revisaron minuciosamente el texto de la tesis sugiriendo modificaciones, etc. Esta sección también puede incluir dedicatorias o agradecimientos personales].

ABREVIATURAS

[Es importante revisar que no falte ninguna de las abreviaturas que no sean universales]

RESUMEN

[Máximo 500 palabras. Recordar que es uno de los fragmentos más leídos de la tesis. Resumir el texto pensando en cada sección, con una cobertura condensada y equilibrada. No utilizar más palabras para resumir las primeras secciones y muy pocas para resultados, discusión y conclusiones. Es mejor redactarlo con palabras diferentes (en lugar de sólo copiar partes del documento en extenso). No incluir detalles menores. Evitar incluir citas bibliográficas o abreviaturas

Recomendación:

Para hacer un buen resumen, leer la tesis y subrayar o marcar la información **MÁS** importante, o tomar notas. En sus propias palabras, escribir los puntos principales de cada sección (puntos que apoyan el tema principal de la tesis, pero no detalles menores)].

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

MARCO TEÓRICO

La cesárea es un procedimiento quirúrgico “salva vidas” cuando ciertas complicaciones se presentan durante el embarazo y el trabajo de parto. Sin embargo, se considera una cirugía mayor y por tal motivo está asociado con riesgos inmediatos maternos y perinatales y que puede tener consecuencias para los futuros embarazos, así como efectos a largo plazo. ^{1,2}

La aplicación de la cirugía cesárea se ha incrementado dramáticamente a nivel mundial en las últimas 30 décadas principalmente en países en desarrollo, a pesar de que existe poca evidencia que sustente sus beneficios al aplicar tasas elevadas en esta cirugía. Algunos estudios han demostrado una relación entre el aumento en la tasa de cesáreas y desenlaces desfavorables. ³

A nivel mundial, la tasa de cesáreas aumento del 6.7% en 1990 al 19.1% en 2014. De acuerdo a las estimaciones más recientes la tasa global promedio de cesárea es del 18.5% con rangos que van de 6.0% al 27.2% en la región de menor y mayor desarrollo, respectivamente. Las tasas más bajas se encuentran en África 7.3%. Las tasas más altas se encuentran en América Latina y el Caribe (40.5%) y Sudamérica es la subregión con la mayor tasa (42.9%). Tabla 1. ¹

Tabla 1. Tasas de cesárea en 150 países categorizados de acuerdo a las regiones geográficas en 2014.

Region/subregion ^a	Births by cesarean section (%)	Range (minimum to maximum) (%)	Coverage of estimates (%)
Africa	7.3	1.4–51.8	92.8
Eastern Africa	3.9	1.5–9.6	96.3
Middle Africa	5.8	3.8–10.0	83.2
Northern Africa	27.8	6.6–51.8	97.4
Southern Africa ^c	-	-	-
Western Africa	3.0	1.4–11.4	100
Asia	19.2	1.7–47.5	97.8
Eastern Asia	34.8	12.5–36.6	100
South-central Asia	11.4	3.6–47.9	100
South-eastern Asia	14.8	1.7–32.0	91.4
Western Asia	26.8	4.8–47.5	87.4
Europe	25.0	13.9–38.1	98.6
Eastern Europe	23.7	15.8–36.3	100
Northern Europe	22.4	14.7–26.6	100
Southern Europe	30.7	13.9–38.1	92.7
Western Europe	24.5	15.6–32.2	100
Latin America and the Caribbean	40.5	5.5–55.6	93.7
Caribbean	27.5	5.5–53.4	81.8
Central America	38.2	16.3–45.2	100
Southern America	42.9	13.3–55.6	91.7
Northern America	32.3	27.1–32.8	100
Oceania	31.1	6.2–33.4	62.3
Australia/New Zealand	32.3	32.4–33.4	100
World total^b	18.6	1.4–56.4	96.1
Least developed regions	6.0	1.4–41.1	91.8
Less developed regions	20.9	1.7–56.4	96.9
More developed regions	27.2	13.9–38.1	99.2

^a If the data in 2014 was not available, the latest data available from 2005 was used instead.

^b Countries categorized according to the UN geographical grouping. Number of live births in each country in 2010 was used as a weight to calculate the regional coverage.

^c Estimates for subregions with a coverage less than 60% are not calculated. Coverage for Southern Africa is 11.7%.

doi:10.1371/journal.pone.0148343.t001

En el aspecto técnico la cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Existen diversos tipos de cesárea que puede clasificarse según los antecedentes obstétricos de la paciente (primera, iterativa y previa), según indicaciones (urgente y electiva), según técnica quirúrgica (corporal o clásica, segmento corporal, segmento arciforme). De la misma manera, la indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas. Dentro de las causas maternas podemos mencionar la desproporción céfalo pélvica, distocia de partes blandas o distocia de la contracción. En las causas fetales se menciona la macrostomia fetal, prolapso de cordón umbilical y sufrimiento fetal. En las causas mixtas se señala la Preeclampsia/Eclampsia, embarazo múltiple e infección amniótica. De todas ellas, las indicaciones más frecuentes como criterios para la toma de decisión se encuentran: Desproporción céfalo pélvica, cesárea previa, sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas y presentación pélvica. Como toda cirugía mayor, las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma transoperatoria y posoperatoria, lo que conlleva tanto a complicaciones maternas como fetales. Dentro de las maternas pueden ser la hipotonía o atonía uterina, lesiones de órganos adyacentes, infección puerperal y

hematomas, choque hipovolémico y muerte, así como mayor riesgo de acretismo placentario. Dentro de las complicaciones fetales pueden existir traumatismos, broncoaspiración, taquipnea transitoria del recién nacido, entre otras. ⁴

Existen factores asociados a la preferencia de la operación cesárea, como lo estudio en 2011 Vallejo y cols. Esas preferencias no necesariamente se consideran indicaciones específicas para realizar el procedimiento ya que el porcentaje de cesáreas supera considerablemente el 15% que establece la Organización Mundial de la Salud como meta. ⁵

Diversos estudios en diferentes países han señalado que los factores para el incremento del porcentaje para cesáreas es multifactorial y por tanto resulta difícil establecer un factor determinante, entre los factores identificados se señalan en primer lugar los cambios en las características maternas, seguido por los factores sociales e institucionales. De las condiciones maternas que determinan la vía final de nacimiento, destacan la edad materna y la reducción en el número de hijos deseados. La edad gestacional menor a 38 semanas de gestación o mayor a 40 semanas aumentan la probabilidad de la vía de resolución por cesárea. Las mujeres primigestas tienen una mayor proporción de cesáreas en un 43.3%, en comparación con las mujeres que tienen un hijo previo (39.4%) o dos hijos o más (27.5%). Otro factor materno es el miedo al dolor durante el trabajo de parto (se describe que hasta una cuarta parte de las mujeres prefieren una cesárea después de haber tenido un parto). También influye la realización simultánea de Oclusión Tubarica Bilateral y la preocupación por mantener una adecuada función sexual. Finalmente, la buena experiencia de cesáreas anteriores, así como el miedo a la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y la dispareunia, son factores asociadas a elegir una cesárea. ⁶

Para hacer frente a la controversia sobre si es adecuado que a madre solicite una cesárea sin indicaciones clínicas, los Institutos Nacionales De Salud De Los Estados Unidos De América, convocaron el 2006 a una conferencia para revisar las evidencias disponibles, a favor y en contra sobre la realización de la cesárea a petición de la madre. Se demostraron 4 factores que se deben tomar en cuenta antes de realizar una cesárea en comparación con un parto: 1) disminuye la hemorragia materna, 2) aumenta los problemas respiratorios del neonato, 3) aumenta las complicaciones mayores en embarazos subsecuentes y 4) provoca una mayor estancia hospitalaria para la madre.

Dentro de la práctica obstétrica las gineco-obstetras de sexo femenino son quienes realizan un mayor número de cesáreas (12% de mayor probabilidad en comparación a los hombres). En México se ha sugerido que los gineco-obstetras atraídos sobre todo por los beneficios económicos han creado una mayor demanda de cesáreas dentro de las mujeres de grupos económicos más favorecidos. El antecedente de una o más cesáreas es la justificación que en más del 70% de los casos refiere el médico para practicar la cesárea. Desde 1980, se ha cambiado la tendencia por la iniciativa de parto después de la cesárea. Esto se ha demostrado en múltiples estudios en donde el éxito de tener un parto después de una cesárea se eleva hasta el 80%. En países Europeos la tasa de nacimientos por vía vaginal después de una cesárea alcanza el 50%. Un porcentaje de los nacimientos por cesárea se explica por razones médicas y complicaciones del embarazo, sin embargo, en la actualidad estas razones no explican el total de crecimiento en la tasa de cesárea. ^{8,9}

Existen factores económicos (alto nivel de ingresos) que coadyuvan a elegir la operación cesárea. Así mismo, en los pacientes con seguridad social se observa un mayor porcentaje de cesáreas, como en México que durante el año 2009 existió 12% más de cesáreas en pacientes derechohabientes respecto a las mujeres atendidas en los hospitales de la secretaria de salud. Otros factores institucionales influyen en la frecuencia de la realización de cesárea, el ejemplo más claro es que haya un mayor porcentaje de cesáreas en hospitales privados que en instituciones públicas. De igual manera, el tipo de derechohabencia influye en la realización de una mayor cantidad del procedimiento. En este sentido, las cesáreas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) generalmente suelen ser programadas. ⁶

En 2011 la Organización Mundial de la Salud llevo a cabo una revisión sistemática que identifico 27 sistemas diferentes para clasificar el perfil de la mujer embarazada en quien se realizó operación cesárea. Estas clasificaciones demuestran el “quién” (basado en la mujer), el “por qué” (basado en la indicación), el “cuándo” (basado en la urgencia), así como el “dónde” y “como”. Esta revisión concluyo que las clasificaciones basadas en la mujer en general, y la clasificación en 10 grupos en particular estuvieron en la mejor posición con respecto a las necesidades locales e internacionales actuales. Esta clasificación de 10 grupos (también conocido como el “TGCS- Ten Groups Classification System o Clasificación de Robson) fue creado para prospectivamente identificar los grupos de mujeres clínicamente relevantes admitidos a labor e investigar las diferencias

en las tasas de operación cesárea dentro de estos grupos relativamente homogéneos de mujeres. A diferencia de las clasificaciones basadas en la indicación de cesárea, la clasificación de Robson es para todas las mujeres que se resuelva su embarazo en un entorno específico y no solamente para las mujeres que se resuelva el embarazo por cesárea, por lo que se considera una clasificación perinatal.

La clasificación es simple, robusta, reproducible, clínicamente relevante y prospectiva, permite la comparación y el análisis en la tasa de cesáreas dentro y entre este grupo de mujeres. Tabla 2 ¹⁰

Tabla 2. Variables Obstétricas de la Clasificación de Robson.

Variable Obstétrica

Paridad	Nulípara Multípara
Cesárea previa	Si (una o más) No
Inicio de trabajo de parto	Espontaneo Inducido Sin trabajo
Número de fetos	Único Múltiple
Edad Gestacional	Pretérmino <37SDG Término >37SDG
Presentación y Posición Fetal	Cefálico Pélvico Transverso

Figura 1. Clasificación de Robson

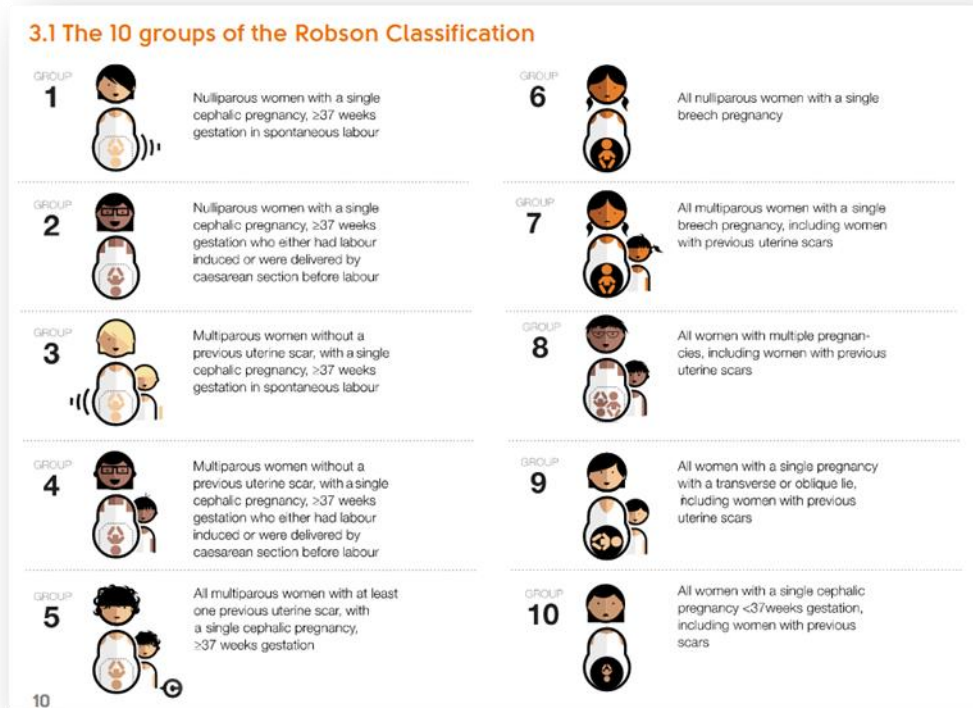
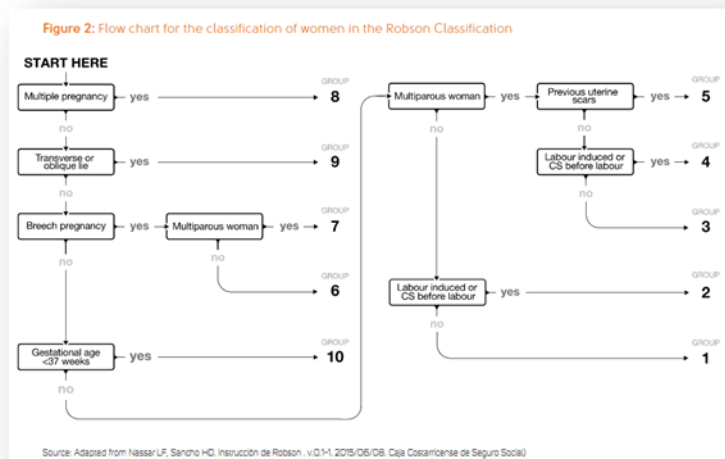


Figura 2. Algoritmo para la clasificación de la mujer embarazada en el Sistema Robson



Así mismo, se han establecido modelos de predicción del parto satisfactorio posterior a cesárea basados en las características de la Histerorrafia evaluado por Ultrasonido

transvaginal, como lo describe O Naji y cols. En su modelo ellos incluyen dos variables demográficas (Edad de la paciente e Índice de Masa Corporal previo al embarazo), una variable relacionada con la Historia Obstétrica previa (parto satisfactorio posterior a cesárea) y dos variables en la medición de la Histerorrafia (Grosor miometrial residual medido en el segundo trimestre del embarazo y el cambio en esta variable durante el primero al segundo trimestre). Los resultados que obtuvieron concluyen que matemáticamente puede predecirse un trabajo de parto satisfactorio en aquellas pacientes con una cesárea previa. ¹¹

En México, existe una guía de práctica clínica para la reducción de la frecuencia para operación cesárea del año 2014 que forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Prácticas Clínicas, cuya finalidad es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible. Esta Guía pone a disposición del personal de primer, segundo y tercer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Informar las indicaciones basadas en evidencia científica para practicar cesárea, Instruir a las embarazadas sobre los beneficios del parto y riesgos de la operación cesárea.
- Analizar las estrategias que se han utilizado para disminuir la prevalencia de cesárea.
- Describir la prueba para valorar el parto vía vaginal en pacientes con cesárea previa.
- Capacitar a los ginecoobstetras de segundo y tercer nivel en las habilidades del uso de fórceps.
- Promover el uso de fórceps en la embarazada.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, disminución en la morbilidad y mortalidad maternas, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y sus comunidades. Como toda Guía de Práctica Clínica esta emite evidencias y recomendaciones que son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. ¹²

Recientemente, en nuestro país se han descrito planes estratégicos para disminuir la incidencia de la operación cesárea, donde se establece:

- La aplicación de un protocolo para el parto basado en la evidencia científica se ha mostrado capaz de reducir significativamente la tasa de cesáreas.
- Realizar una segunda opinión antes de la intervención, sobretodo en pacientes primigestas, con correlación clínica entre el diagnóstico pre y posoperatorio para análisis y retroalimentación.
- Dar una oportunidad de trabajo de parto, en la medida de las posibilidades, a las pacientes con indicación relativa de operación cesárea según las GPC.
- Evitar pérdida de información, recabar datos completos de la paciente, incluida la hoja de resumen de control prenatal, para una revisión diaria de expedientes de las pacientes que sean sometidas a cesárea.
- Vigilar y cuidar el trabajo de parto, con registro adecuado del partograma.
- El análisis de las indicaciones reduce la realización de cesárea por distocia.
- Establecer comités de evaluación del expediente clínico exclusivos para la operación cesárea, evaluar y proponer modificaciones según los resultados. ^{13,14}

Justificación

En el Hospital General de México no conocemos la tasa de cesáreas ni sus principales indicaciones. La operación cesárea, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, actualmente no debe sobrepasar el 15% de todos los nacimientos que se registren en un centro hospitalario de concentración como el nuestro. De la misma manera actualmente no se aplica la clasificación de Robson con el fin de conocer el perfil de la mujer embarazada que contribuye a la tasa de cesáreas. Por lo anterior consideramos importante analizar estadísticamente a nuestra población en estudio y así crear estrategias que lleven a la disminución en la cantidad de cesáreas.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la casuística de operación cesárea en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México del periodo comprendido del 1 Enero 2012 al 31 de Diciembre 2016.

Objetivos Específicos

- Conocer las indicaciones médicas de operación cesárea en nuestra institución
- Describir las variables sociodemográficas de la población en estudio
- Aplicar el Sistema de Robson en nuestra población para conocer el perfil de mujeres embarazadas que contribuyen a la tasa de cesáreas
- Establecer recomendaciones para disminuir la tasa de cesáreas de acuerdo a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud

Hipótesis

- [NO APLICA para estudios descriptivo]

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Transversal Retrospectivo Descriptivo

Población en estudio y tamaño de la muestra

Mujeres en las que se realizó operación cesárea el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México del 1° de Enero del 2012 al 31 Diciembre del 2016.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas
- Mujeres embarazadas con resolución vía cesárea

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas con vía de resolución vaginal
- Mujeres con operación cesárea atendidas fuera del Hospital General de México

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres no embarazadas

Variables y escalas de medición

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Nivel Socioeconómico
- Estado civil
- Escolaridad
- Procedencia
- Días de estancia hospitalaria
- Costo de procedimiento

Indicaciones de cesárea

Escala de Clasificación de Robson

Operación cesárea por turno

Recolección de datos y análisis de los resultados

Se solicitó al Departamento de Estadística del servicio de Ginecología y Obstetricia el número de nacimientos acontecidos del periodo del 1° de Enero del 2012 al 31 de Diciembre 2016, así como, la variable dependiente por tipo de atención de parto.

Se solicitó al Departamento de Planeación y sistemas Administrativos del Hospital General de México, las principales causas de cesárea.

Se solicitó al Departamento de Trabajo Social del Hospital General de México información de pacientes con atención cesárea las variables independientes como la edad, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad, procedencia, días de estancia hospitalaria y costo por procedimiento.

Se utilizó la Clasificación de Robson para identificar y analizar el grupo de mujeres que contribuye de mayor o menor medida a la tasa de cesárea.

Implicaciones Éticas del Estudio

Sin riesgo. Sólo se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identificó al paciente ni se trataron aspectos sensibles de su conducta.

RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15%; un porcentaje menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de cesáreas, mientras que un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no representaría beneficios adicionales.

Diversos estudios en diferentes países han señalado que los factores para el incremento del porcentaje de las cesáreas es multifactorial. Entre los factores identificados se señalan, en primer lugar, los cambios en las características maternas y su relación con la práctica obstétrica que se ha modificado debido a las preocupaciones relacionadas con el feto y la seguridad de la madre, seguido por los factores sociales e institucionales.

Se realizó el análisis estadístico en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", del periodo 01 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre del 2016, encontrando las 10 principales causas, que se enlistan en Cuadro 1.

Cuadro 1. Principales causas de cesárea

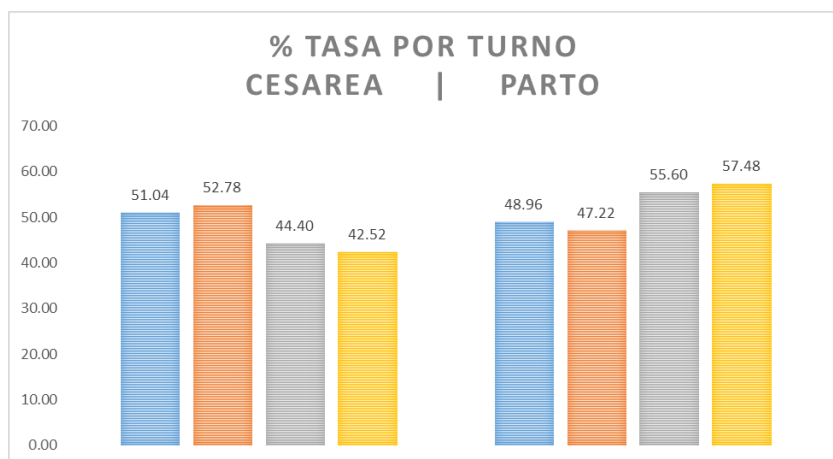
No. **Causa de cesárea**

- 1 Ruptura Prematura de Membranas
- 2 Diabetes Gestacional
- 3 Atención Materna por cicatriz uterina previa
- 4 Preeclampsia severa
- 5 Parto prematuro
- 6 Atención Materna por déficit de crecimiento
- 7 Trabajo de parto Obstruido debido a estrechez general de la pelvis
- 8 Oligohidramnios
- 9 Trabajo de parto complicado por anomalía en la frecuencia cardiaca fetal
- 10 Desproporción debido a otra deformidad fetal

Respecto a la atención de pacientes embarazadas se analizó, que en el turno matutino la tasa es del 51.04%, vespertino del 52.78% lo que representa una tasa de cesárea mayor en comparación al turno nocturno 44.40% y jornada especial del 42.52%. Con atención de parto vaginal del 55.60% y 57.48% respectivamente. Con un total de tasa de atención de vía cesárea del 47.46% y vía vaginal del 52.54%. Cuadro 2 y Grafica 1.

NACIMIENTOS	VAGINALES	CESAREAS	TOTAL	TASA %	
				CESAREA	PARTO
TURNOS					
MATUTINO	1915	1996	3911	51.04	48.96
VESPERTINO	2349	2626	4975	52.78	47.22
NOCTURNO	3341	2668	6009	44.40	55.60
JORNADA ESPECIAL	2578	1907	4485	42.52	57.48
TOTAL	10183	9197	19380	47.46	52.54

Cuadro 2. Porcentaje por turno de atención vía cesárea y parto.



Grafica 1. Porcentaje por turno de atención vía cesárea y parto.

Durante la atención de una paciente embarazada, Aborto es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos y Defunción fetal definida por la OMS como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción debe ser a partir de la semana 22 de gestación con un peso mayor a 500g. Se presentaron 2801 abortos de menos de 20 semanas de gestación, 111 entre la semana 22 a la 27 y 189 defunciones en mayores de 28 semanas de gestación.

Lo que representa que se presenta mayor índice de defunción fetal respecto a menos semanas de gestación. **Cuadro 3.**

Cuadro 3. DEFUNCIONES FETALES	
<20SDG	2801
22-27SDG	111
>28SDG	189

El total de nacidos vivos de menos de 37 semanas de gestación es de 13.82% considerados pretérmino, 85.24% de nacidos de término y 0.94% nacidos de más de 42 semanas.

Con 551 casos de atención de embarazos gemelares y 255 óbitos. En los recién nacidos de más de 37 semanas de gestación el 89.17% pesa igual o más de 2500 gramos, con el 10.83% con el peso menor. **Cuadro 4 y 5.**

Cuadro 4. NACIDOS VIVOS EN BASE AL ESTADO DE GESTACIÓN						
PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO		GEMELARES	OBITOS	
<37SDG	37-41.6SDG	>42SDG	TOTAL			
2677	16505	182	19364	551	255	
13.82	85.24	0.94 %				

Cuadro 5. PESO DE NACIDOS VIVOS EN BASE A LAS SDG

>37SDG		TOTAL
<2500G	>2500G	
1807	14880	16687
10.83	89.17	%

PLANIFICACION FAMILIAR

En nuestra población en estudio, posterior a la atención de pacientes posparto y pos cesárea se oferta método de planificación durante su estancia hospitalaria, el más aceptado en un 53.40% es Hormonal Oral, seguido del 11.47% Hormonal Inyectable (Noretisterona Estradiol – N.E.).

La aplicación de Dispositivo Intra Uterino (DIU) en 1.97% de las pacientes y se realizó Oclusión Tubarico Bilateral como método definitivo quirúrgico en el 11.16%. Las pacientes que decidieron no aceptar método de planificación fueron el 22.01%. Cuadro 6.

Cuadro 6. PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES POS CESAREA Y POS PARTO									
CONCEPTO	TURNO	FIN DE SEMANA			ENTRE SEMANA			TOTAL	%
		MATUTINO	NOCTURNO	VESPERTINO	MATUTINO	NOCTURNO	VESPERTINO		
(N.E.)		307	405	230	957	1455	809	4163	11.47
DIU		61	76	38	167	215	157	714	1.97
SIN PF		562	656	530	1388	2397	2455	7988	22.01
OTB		330	350	262	878	1129	1101	4050	11.16
HORMONAL		239	250	189	521	813	453	19380	53.40
	TOTAL	1499	1737	1249	3911	6009	4975	36295	

En pacientes pos legrado uterino instrumentado el 53.01% aceptaron Método Hormonal Oral, 18.67% Inyectable hormonal, DIU 3.48%, Oclusión Tubarica Bilateral en 1.08% y pacientes que no aceptaron método el 23.76%. Cuadro 7.

Cuadro 7. PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES PO LUI SECUNDARIO A ABORTO									
CONCEPTO	TURNO	FIN DE SEMANA			ENTRE SEMANA			TOTAL	%
		MATUTINO	NOCTURNO	VESPERTINO	MATUTINO	NOCTURNO	VESPERTINO		
(N.E.)		63	133	46	269	396	231	1138	18.67
DIU		13	18	10	51	83	37	212	3.48
SIN PF		118	165	107	152	562	344	1448	23.76
OTB		3	10	6	11	22	14	66	1.08
HORMONAL		17	43	17	66	134	90	3231	53.01
	TOTAL	214	369	186	549	1197	716	6095	

DISCUSIÓN

[Es necesario COMENTAR, EXPLICAR, INTERPRETAR los resultados, en lugar de sólo describirlos. Aquí entra la parte subjetiva de comentarios sobre los resultados: Los resultados “revelan”, “sugieren”, “proporcionan evidencia de”, “indican”, “demuestran”, “apoyan la hipótesis”, etc.

Los resultados se interpretan, se resaltan y se ubican dentro del campo de teorías aceptadas, creencias o prácticas comunes. Si es necesario, se comparan y evalúan diferentes series de datos del propio estudio o de otros. A diferencia de la sección de resultados, se deben utilizar aquí citas bibliográficas.

Si es necesario, se justifica brevemente la metodología tomando en cuenta los hallazgos obtenidos, determinando la confiabilidad que se puede tener en los resultados tomando en cuenta los métodos que los produjeron. Se citan concordancias o confirmación de hallazgos de estudios previos (no olvidar las referencias de los trabajos citados). Se admiten dificultades que haya en la interpretación de los datos. Se señalan discrepancias con otros estudios o con lo esperado. Se proponen investigaciones importantes futuras]

CONCLUSIONES

[Contienen o expresan los puntos más sobresalientes de los resultados y la discusión y de las implicaciones de éstos. Se deben utilizar frases concluyentes adecuadas. No sobre-interpretar o llegar a conclusiones demasiado radicales y no justificadas. No afirmar más de lo que es razonable y demostrable. Se deben utilizar frases que describan la importancia de los resultados de manera adecuada, por ejemplo, valorar si palabras como “contribuyó” son más adecuadas que “causó”.

Evitar generalizaciones como:

- El consumo de alcohol provoca violencia.
- El ejercicio físico disminuye la severidad de la depresión.

Mejor indicar en quiénes pasa, o exceptuando a quiénes, en qué condiciones, etc.]

Referencias

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014.
2. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol.* 2012; 29(1):7–18.
3. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Cesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004–2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine.* 2010; 8:71.
4. Cesarea Segura, Lineamiento Técnico, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 2002
5. Alfonso Vallejos-Parás,* Salvador Espino-y-Sosa,‡ Joaquín Ruiz-Sánchez,§ Luis Durán-ArenasII, Tendencias y factores asociados a cesáreas en México: validación de un instrumento, *Perinatol Reprod Hum* 2011; 25 (4): 212-218.
6. Joaquín Ruiz-Sánchez,* Salvador Espino y Sosa,‡ Alfonso Vallejos-Parés,§ Luis Durán-ArenasII, Cesárea: Tendencias y resultados, *Perinatol Reprod Hum* 2014; 28 (1): 33-40
7. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request March 27–29, 2006. *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 1386-97.
8. Mitler LK. Physician gender and cesarean sections. *J Clin Epidemiol.* 2000; 53: 1030-5.
9. Lehmann S. Norwegian midwives and doctors have increased cesarean section rates. *Acta Obstet Gynecol.* 2007; 86: 1087-9.
10. Suggested citation . Robson Classification Implementation Manual . Geneva: World Health Organization; 2017.
11. O. NAJI*†, L. WYNANTS‡§, A. SMITH*, Y. ABDALLAH*†, C. STALDER*, A. SAYASNEH*†, A. McINDOE*, S. GHAEM-MAGHAMI†, S. VAN HUFFEL‡§, B. VAN CALSTER¶, D. TIMMERMAN¶ and T. BOURNE*†, Predicting successful vaginal birth after Cesarean section using a model based on Cesarean scar features examined by transvaginal sonography, *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 672–678
12. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014
13. Larraz-Soravilla JJ, García-Adánez JM, Díez-Ruiz L, Fernández-Calleja M, Paredes-Goenaga J. La aplicación de la medicina basada en la evidencia reduce la tasa de cesáreas. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52(8):427-36.
14. Secretaría de Salud. Cesárea segura: Lineamiento técnico. México D.F., México: Secretaría de Salud. 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>